

Médecin référent : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

### Si différent du médecin référent

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Raison de consultation

Problème actuel, mode d'apparition des symptômes, évolution  
domaine cognitif atteint (mémoire, langage, praxie )

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Besoins et attentes

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Établir un diagnostic  | <input type="checkbox"/> Préciser un diagnostic |
| <input type="checkbox"/> Initier un traitement  | <input type="checkbox"/> Ajuster un traitement  |
| <input type="checkbox"/> Activités de recherche | <input type="checkbox"/> Autre : _____          |

### Antécédents et comorbidités Aucun

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie neurodégénérative                   | <input type="checkbox"/> Épilepsie                        |
| <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien                         | <input type="checkbox"/> Abus de substances               |
| <input type="checkbox"/> Facteurs de risque vasculaire               |   |
| <input type="checkbox"/> Maladie psychiatrique - Suivi actif         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de troubles cognitifs |   |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____                               |   |

Vit seul  Vit avec : \_\_\_\_\_

Maintien à domicile compromis  Oui  Non

### Symptômes associés Aucun

Psychologiques et comportementaux (dépression, symptômes  
psychotiques, apathie, agitation verbale et motrice,...)

Précisez : \_\_\_\_\_

Neurologiques (parkinsonisme, céphalées importantes,  
perte de conscience, tremblements, chute, TDAH,  
perte d'équilibre...)

Précisez : \_\_\_\_\_

Médication  Plus d'un psychotrope  Polypharmacie

Atteintes fonctionnelles  Aucune

AVQ capacité à se laver, s'habiller, se nourrir, incontinence

AVD préparation repas, conduite auto, gestion finances...

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

No assurance maladie : \_\_\_\_\_

Date de référence : \_\_\_\_\_

### Qui devons-nous contacter pour donner le rendez-vous ?

La personne  L'aidant

Nom de l'aidant : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Clinique GMF  Clinique réseau

Nom infirmière : \_\_\_\_\_

Connu du CLSC  Oui  Non

Intervenant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## DOCUMENTS À ANNEXER AFIN DE PRIORISER VOTRE DEMANDE

### OBLIGATOIRES

#### 1. Bilan sanguin (dernier 6 mois)

FSC, urée, créatinine, ions, glycémie, calcium, TSH,  
B12, RPR

Si plus de 75 ans : albumine et pré-albumine

Et tout autre examen pertinent

#### 2. Profil pharmaceutique récent

#### 3. Rapport d'imagerie cérébrale (dernière année)

Date d'examen : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

#### 4. Rapport MMSE \_\_\_\_/30 et si $\geq 26$ , faire MOCA

### RECOMMANDÉS

#### Rapports d'évaluations (si disponibles)

Horloge, tests neuropsychologie, ergothérapie, travailleur social

### FAIRE PARVENIR :

Hôpital de l'Enfant-Jésus, 1401, 18<sup>e</sup> rue, Québec, G1J 1Z4

Téléphone : (418) 649-5980 Télécopieur : (418)-649-5981